**Bestätigung für Apotheken**

Laut § 2 Abs. 1 COVID-19-ScreeningV sind Personenbetreuer in der 24-Stunden-Betreuung und persönliche Assistenten von Menschen mit Behinderung von der Beschränkung auf monatlich fünf PCR- und fünf Antigen-Tests pro Person ausgenommen und haben daher Anspruch auf unbeschränkte gratis PCR- und Antigen-Tests.

Ich, ………………………………………………………………….., geboren am ……………………….……..…., wohnhaft in ……………………..……………… …………………………………..….., bin persönliche AssistentIn eines von mir betreuten Menschen mit Behinderung,

Frau / Herrn ………………………………………………………………………………………………, geboren am ……………………………………….., wohnhaft in ……………………………………………….……………………………….…………….,

Telefon-Nr. …………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………
Ort, Datum und Unterschrift Mensch mit Behinderung